

CERTIFICATE OF DEATH (OVERSEAS)
Acte de décès (D'Outre-Mer)

NAME OF DECEASED (Last, First, Middle) Nom du décédé (Nom et prénoms) BTB Ahmed, Hassan, Ekab		GRADE Grade Arme	BRANCH OF SERVICE Branche Iraqi Civilian	SOCIAL SECURITY NUMBER Numéro de l'Assurance Sociale
ORGANIZATION Organisation Detainee in Iraq		NATION (e.g., United States) Pays Iraq	DATE OF BIRTH Date de naissance	SEX Sexe <input checked="" type="checkbox"/> MALE Masculin <input type="checkbox"/> FEMALE Féminin
RACE Race	MARITAL STATUS Stat civil		RELIGION Confé	
<input checked="" type="checkbox"/> CAUCASOID Caucasique	<input type="checkbox"/> SINGLE Célibataire	<input type="checkbox"/> DIVORCED Divorcé	<input type="checkbox"/> PROTESTANT Protestant	
<input type="checkbox"/> NEGROIN Négritude	<input type="checkbox"/> MARRIED Marié	<input type="checkbox"/> SEPARATED Séparé	<input type="checkbox"/> OTHER (Specify) Autre (Spécifier)	
<input type="checkbox"/> OTHER (Specify) Autre (Spécifier)	<input type="checkbox"/> WIDOWED Veuf	<input type="checkbox"/> JEWISH Juif	<input type="checkbox"/> CATHOLIC Catholique	
NAME OF NEXT OF KIN Nom du plus proche parent		RELATIONSHIP TO DECEASED Parenté du décès avec le sujet		
STREET ADDRESS Domicile à (Rue)		CITY OR TOWN AND STATE (Include ZIP Code) Ville (Code postal compris)		

MEDICAL STATEMENT Déclaration médicale

CAUSE OF DEATH (Enter only once cause per line) Cause du décès (N'indiquer qu'une cause par ligne)		INTERVAL BETWEEN ONSET AND DEATH Intervalle entre l'attaque et le décès
DISEASE OR CONDITION DIRECTLY LEADING TO DEATH ¹ Maladie ou condition directement responsable de la mort. Atherosclerotic Cardiovascular Disease		
ANTECEDENT CAUSES Symptômes précurseurs de la mort.	MORIBUND CONDITION, IF ANY, LEADING TO PRIMARY CAUSE Condition moribonde, s'il y a lieu, menant à la cause primaire UNDERLYING CAUSE, IF ANY, GIVING RISE TO PRIMARY CAUSE Cause fondamentale, s'il y a lieu, ayant suscité la cause primaire	
OTHER SIGNIFICANT CONDITIONS ² Autres conditions significatives		
MODE OF DEATH Condition de décès	AUTOPSY PERFORMED Autopsie effectuée <input checked="" type="checkbox"/> YES Oui <input type="checkbox"/> NO Non	CIRCUMSTANCES SURROUNDING DEATH DUE TO EXTERNAL CAUSES Circonstances de la mort causées par des causes extérieures
<input checked="" type="checkbox"/> NATURAL Mort naturelle	NAME OF PATHOLOGIST Nom du pathologiste Louis N. Finelli, MAJ, MC, USA	
<input type="checkbox"/> ACCIDENT Mort accidentelle		
<input type="checkbox"/> SUICIDE Suicide		
<input type="checkbox"/> HOMICIDE Homicide	SIGNATURE Signature <i>L. N. Finelli</i>	DATE Date 28 Feb 2004
DATE OF DEATH (Hour, day, month, year) Date de décès (l'heure, le jour, le mois, l'année) 00 Feb 2004	PLACE OF DEATH Lieu du décès Tikrit, Iraq	AVIATION ACCIDENT Accident à Avion <input type="checkbox"/> YES Oui <input checked="" type="checkbox"/> NO Non

I HAVE VIEWED THE REMAINS OF THE DECEASED AND DEATH OCCURRED AT THE TIME INDICATED AND FROM THE CAUSES AS STATED ABOVE.
 J'ai examiné les restes mortels du défunt et certifie que le décès est intervenu à l'heure indiquée et à la suite des causes énumérées ci-dessus.

NAME OF MEDICAL OFFICER Nom du médecin militaire ou du médecin sanitaire Louis N. Finelli		TITLE OR DEGREE Titre ou diplôme Deputy Medical Examiner
GRADE Grade MAJ	INSTALLATION OR ADDRESS Installation ou adresse Dover AFB, DE 19902	
DATE Date 13 MAY 04	SIGNATURE Signature <i>L. N. Finelli</i>	

¹ Status ultimate, injury or complication which caused death, but not made manifest until death, such as heart failure, etc.
² Status ultimate, injury or complication which caused death, but not related to the disease or condition causing death.

¹ Préciser la nature de la maladie, de la blessure ou de la complication qui a contribué à la mort, mais non la manière de mourir, telle qu'un arrêt du cœur, etc.
² Préciser la condition qui a contribué à la mort, mais n'ayant aucun rapport avec la maladie ou la blessure qui a provoqué la mort.

DD FORM 2064

REPLACES DA FORM 3565, 1 JAN 72 AND DA FORM 3565-R (JAN), 26 SEP 75, WHICH ARE OBSOLETE.